

# 摂食拒否を続ける患者へのアプローチ

3階西病棟

○清家 京子・古谷 則子・高田 幸子  
安田真由美・業天 幸子・安岡しずか

## I. はじめに

人間にとって「食べる」という行為は、心理的社会的にも人間が人間らしく生きていくために重要な基本的欲求である。しかし、何らかの疾患や障害によって食べる事が、障害される場合が多くある。

脳神経外科においても、脳神経領域の疾患や脳血管障害によって引き起こされる嚥下障害、摂食障害は、比較的多く見られるケースである。

今回私達は、嚥下障害は否定されるが、前脈絡叢動脈の閉塞を起こし、遷延性の意識障害、自発性の低下をきたし、それらに起因して摂食拒否を続ける患者に、食事援助、リハビリテーションなど看護介入を試みた。そこで「食べる」という事の意義、食事援助の難しさを改めて学び、考える機会を得たためここに報告する。

## II. 研究内容

1. 期間：平成5年5月1日～7月18日
2. 目的：1) 摂食拒否を続ける患者への援助方法  
2) 摂食拒否の原因を明らかにする。

### 3. 看護展開

患者の食事摂取に関する経過を、摂食不十分な面からⅢ期に分類（表Ⅰ参照）し、展開を行った。

## III. 患者紹介

〈患者〉○石○意

〈病名〉右内頸動脈－後交通動脈分岐部（以下IC-PCと略す）動脈瘤破裂による  
クモ膜下出血

〈家族構成〉夫は13年前に死別。子供は4人。長男夫婦と孫2人、長女の6人暮らし。

〈性 格〉世話好き。大人しいが、気が強い面もある。

〈食 習 慣〉1日3回規則的。1回の主食はお茶碗1杯分。偏食嫌いなもの特になし。

〈既 往 歴〉高血圧にて内服治療していた。

〈入院期間〉平成5年3月12日～7月18日入院中

〈入院までの経過〉

平成5年3月12日早朝嘔吐したままうつぶせになっている所を発見される。救急病院にてCT上クモ膜下出血（グレードⅡ）の診断の後当院緊急入院となる。入院時の状態は、意識レベルⅠ-2～3（3-3-9度方式）瞳孔異常なし。頸部硬直あり。四肢麻痺なし。食物残渣様のもの中等量嘔吐あり。血圧160/100mmHg

〈治療経過〉

平成5年3月12日：右IC-PCネッククリッピング術，外減圧術，脳室ドレナージ術施行。

3月30日：クリップ不完全にて再手術 右IC-PCネッククリッピング術，頭蓋形成術施行。脳室ドレナージ抜去。

4月1日：右前脈絡叢動脈閉塞所見あり。

4月26日：リハビリ開始

5月18日：CT上水頭症所見，大脳皮質の広範囲の梗塞所見あり  
脊髄-腹腔短絡術（以下L-Pシャント術と略す）

5月20日：L-Pシャント再建術施行

（資料1参照）

#### IV. 看護の展開

資料Ⅱ，表Ⅰを参照

#### V. 考 察

第Ⅰ期（表Ⅰ-1）では，傾眠である為に十分な食事摂取ができないと考えた。そこで，覚醒を促すための看護に重点をおいて実施したが，傾眠は改善せず食事量も目標の量には至らなかった。その原因として，

1. 水頭症の発症に伴う傾眠状態の継続
2. 緊急入院による患者の嗜好情報の把握不十分

3. 患者にあった病院食の食事形態の判断不足
4. 長期間義歯をはずしていたことによる装着困難
5. 短期間での咽頭マッサージの効果不十分

の5つが考えられた。

第Ⅱ期(表Ⅰ-2)はL-Pシャント術後のCT所見上水頭症は改善しており(資料Ⅰ参照)第Ⅰ期で考えられた原因の①は解決された。この時点で私たちは、医師からのネッククリッピング術による球麻痺はないという情報、5/21~5/24までは介助により、病院食を摂取していた。という経過より摂取できないことを摂食拒否ととらえ、摂食を嫌がっている患者としてプランを立案実施した。しかし目標であった摂食拒否の原因は明確にできず、同様に傾眠が続いたため、患者から意欲的な言葉も聞かれなかった。目標達成できなかった原因として

1. 立案したプランでは著明な意識レベル向上が図れなかった。
2. 患者の嗜好情報に沿って変更を重ねた食事内容にも興味を示さなかった。
3. リハビリによる疲労が食事時間まで残った。
4. この時期でも義歯装着に至らなかった。

の4つが考えられた。

第Ⅲ期(表Ⅰ-3)では、びらん性胃炎と診断され嘔吐も繰り返しその為に摂食拒否を続けるのではないかと考えた。内服薬開始となるが胃炎は改善せず嘔吐も続き、食事摂取量も停滞。7月18日には絶食となり目標達成には至らなかった。その原因として

1. 意識レベル低下に伴う服薬不十分による胃炎悪化の疑い
2. 胃液逆流による口内苦味感の為に食欲減退の疑い
3. 頻繁な食事摂取を勧めることによる胃炎悪化の一因であるストレス蓄積の疑い

の3つが考えられた。

私たちはこの患者の摂取できない状態に対して、摂食障害では無く摂食拒否であるととらえたが、その拒否する原因が明確にできなかった。結果としては、第Ⅰ、Ⅱ期共に覚醒させることに計画を費やしておわった感がある。また新たな第Ⅲ期で、覚醒とは異なるリスクを背負い、いっそう食事摂取ができない状態を作ってしまったと考える。

## VI. 結 論

私たちはこの事例を摂食拒否ととらえ計画立案したが、遷延性の意識障害の為に看護計画に

対する評価が十分に行えず、目標達成の是非を判断するだけの結果となった。

川島<sup>1)</sup>は「食事自立の為に費やされる期間は、短いもので3ヵ月長いものでは1年を要しても自立し得ない例もあり、特に脳神経領域の疾患では長期的な根気のいる働きかけである。」と述べている。今後、同様な食べられない患者に対して、原因を追求していくと同時に新たなリスクを生む事なく根気をもって長期的なアプローチをしていかねばならない。

## Ⅶ. おわりに

今回の事例で学んだことを今後の看護に役立てていきたい。

最後になりましたが、この研究をまとめるにあたりご協力下さいましたスタッフの皆様、有沢先生、清家先生に深く感謝いたします。

## 引用・参考文献

- 1) 川島みどり：ベッドサイドの看護，中央法規出版株式会社，P174，1984.
- 2) 岩倉博光：脳卒中Ⅰ脳卒中のみかた，第一版，医歯薬出版株式会社，1990.
- 3) 岩倉博光：脳卒中Ⅱ二次障害と合併症の対策，第一版，医歯薬出版株式会社，1990.
- 4) 金子芳洋：食べる機能の障害—その考え方とリハビリテーション—，医歯薬出版株式会社，1987.
- 5) 川島みどり：ベッドサイドの看護，第一版，中央法規出版株式会社，1984.
- 6) 花岡真佐子：食事援助の基本，臨床看護，Vol.16，No.10，1990.
- 7) 福井圀彦：脳卒中最前線—急性期の診断からリハビリテーションまで—，医歯薬出版株式会社，1987.

表 I - 1

第 I 期 (5/1~5/17まで)

鼻注食から、経口食開始~正常圧水頭症のため食事摂取量停滞の時期

〈問題点〉 5/2 #1 クモ膜下出血術後の回復期であるが、意識レベル I - 3 ~ 10 で傾眠が強く、食事摂取量にムラがある。

〈目標〉 十分覚醒でき経口食で 450Kcal はとれる。

	看護計画	実施状況
看護の展開	5/2 D-P ○ 食前の覚醒状態 ○ 食事摂取状況 ①咀嚼、嚥下の状態 ②ムセの有無 ③開口状態 ④口内残渣物の有無 ⑤体位 ⑥所要時間 ⑦摂取量 ○ 食事形態 ○ 嗜好 ○ 輸液量 ○ CT所見	声がけにて開眼する。  ムセはなし、水分もスムーズに嚥下する。 食事所要時間は 1 時間 ~ 1 時間 30 分 1 回摂取量は約 150 ~ 200kcal 程度
	5/2 T-P ○ 食事形態の変更 ○ 食前の口内保清 ○ 覚醒を促す ①ベッド up90° 又は車椅子におろす。 背もたれにダンボール板用いて頸部保持する。 ②食前に蒸しタオルで顔を拭く。 ③頬回に声がけする。 ○ 左顔面麻痺があるため、右口角から口内奥 2/3 に食物を入れる。 ○ 1 回嚥下量は、小型スプーンすりきり 1 杯とする。 ○ 患者が食べたい物を選択しやすいようにする。 ○ 嚥下の補助運動として、下顎・咽頭マッサージを行う。	食事形態変更しても摂取量は減少する。 「おいしくない」と言う。  声がけしないと閉眼する。  はじめの 1 ~ 2 口は嚥下する。  食べたい物を指差す動作あり  口内に食物残渣をためて嚥下せず
	5/7 T-P 追加：昼夜逆転の改善計画 ①日中はラジオをきかせ、刺激を与える。 ②訪室時は必ず声がけし、開眼と発語を促す。 ③日中は坐位をとらせる。 ④21時に消灯し、入眠を促す。	昼夜逆転は改善した。

表 I-2

第Ⅱ期 (5/18~6/22まで)

L-Pシャント術後食事摂取量増加~徐々に摂取量が低下した時期

〈問題点〉5/24#1変更 L-Pシャント術後4日目以後は嚥下をしない状態が続いている。

〈目標〉①嚥下しない原因が分かる。

②「食べたい」「食べる」という発語が聞かれる。

	看護計画	実施状況
看護の展開	<p>#1のD-P, T-P続行中</p> <p>6/1 D-P追加</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○TRH療法前後の意識レベルの変化。</li> </ul> <p>6/1 T-P追加</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○TRH点滴は、日勤帯で実施し、昼食時に覚醒効果が出るようにする。</li> </ul> <p>6/3 T-P追加</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○リハビリ室より帰室後は、食前1時間程安静臥床させ、疲労回復を図る。</li> <li>○リハビリ開始時間を朝食後早めの9時とする。</li> </ul> <p>T-P追加：大脳への刺激を与えるプラン</p> <p>5/20①日中、利き手にペンをもたせ文字を書かせる。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>②入院前に毎日聞いていたという経文のカセットテープを聞かせる</li> <li>③病室内での左上下肢のリハビリ表を图示し、午前・午後行う。</li> </ul> <p>6/15E-P：リハビリ表を用いた家人への指導</p> <p>5/30T-P追加</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①プロセスレコードをとる</li> <li>②好物をすすめる</li> <li>③患者に摂取しない理由を聞く</li> <li>④食事介助時は、患者に焦躁感を与えず、おちついた雰囲気をつくる</li> </ul> <p>6/15T-P追加</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○義歯が合わないため、接着固定剤を用い装着を試みる</li> </ul>	<p>TRH点滴後は覚醒し、発語は多い。</p> <p>嚥下しないのは、I期と同様口内の食物残渣を右手にティッシュをもち、吐き出す</p> <p>6/1よりリハビリ開始、帰室後の倦怠感が増強する</p> <p>時間的配慮したが、摂取量に大差なし。</p> <p>花瓶の花の絵や、自分の名前、孫の名前を書く。字は小さく、大きく書かずとゆがむ。</p> <p>カセットテープを聞く時や、リハビリをしている時は開眼あり。</p> <p>「おなががすかん」「たべとうない」と言う。</p> <p>担当医の胃チューブの話をも首をふって嫌がる。</p> <p>家人からの情報をもとに好物(まんじゅう、ゼリー、果物など)を準備しても、閉眼し、開口しない。</p> <p>食事所要時間はI期と同様に1時間~1時間30分</p> <p>咀嚼回数のみ嚥下しない。</p>

表 I-3

第Ⅲ期 (6/23~7/18まで)

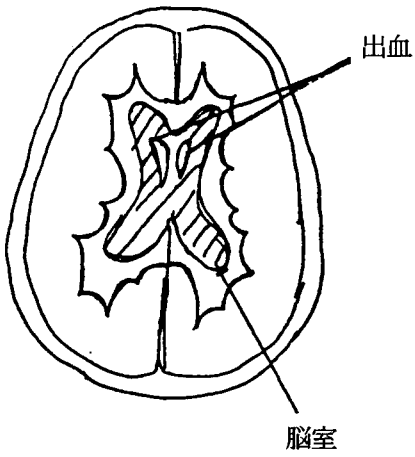
胃炎によると考えられる食事摂取量低下状態~絶食となった時期

〈問題点〉6/24#<sub>2</sub>, 胃炎によると考えられる嘔吐があり, 食事摂取量が低下している。

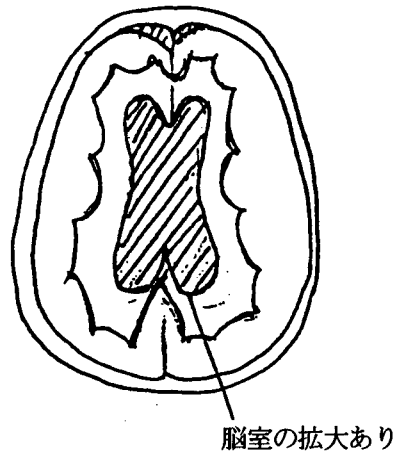
〈目標〉内服治療により症状が緩和し, 経口食で450Kcal摂取できる。

	看護計画	実施状況
看護の展開	# <sub>1</sub> のD-P, T-P続行中 6/24: ○検査所見  ○内服薬の服薬状況 ○胃部不快, 胃痛の有無 ○食道部のいたみ ○食事摂取内容  ○嘔吐の有無, 吐物の性状 ○嘔吐出現時の体位  ○ストレス ○義歯の使用状況 ○便の性状	7/15の胃カメラ所見 ○潰瘍なし ○胆汁の逆流が著明 ○胃粘膜のびらん ○胃底部~幽門輪周囲にびらんが散在 〈診断〉①逆流性食道炎 ②びらん性胃炎 内服薬はほとんど吐き出す。  I期でできていた飲水も「おなかがはった。」「食べたくない」との返事で, 飲水拒否。  内服後に嘔吐, 胃液~胆汁様のもの リハビリ後4時間程, 車椅子にのったあとベッドへの移動時に嘔吐 臨床時の体位変換時に嘔吐 義歯は上下のどちらか1ヶを用いるか, 使用していない状態
	6/24T-P ○内服薬は最小限の水で溶解する。 (10ccの注射器に5cc程) ○病院食以外の好物をすすめる。	内服薬は, いい時2~3ccしか飲めない  「ソーメンがたべたい」との希望あったが, 数口程度で咀嚼, 嚥下せず。

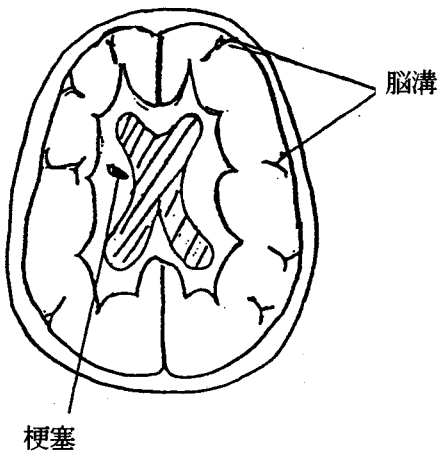
【資料 I】



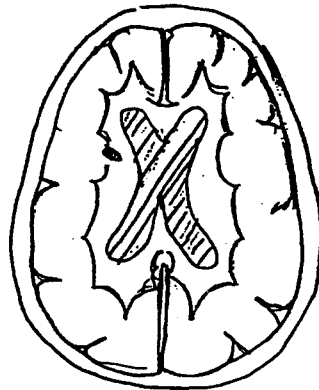
来院時 3/12 撮影



5/14 撮影 水頭症所見



5/24 L-Pシャント後



8/11 現在



【資料Ⅱ】

